



Gemeinsam. Gerecht. Gesund.

Eröffnungsveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit 2018

Rudolf Henke MdB (CDU), ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages für die CDU-Fraktion und ist Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Professorin Dr. Dr. h. c. Ilona Kickbusch leitet das Global Health Programme am Graduate Institute in Genf. Derzeit ist sie als Beraterin einer Vielzahl von nationalen Regierungen, internationalen Organisationen sowie NGO's tätig und erhielt 2016 das Bundesverdienstkreuz für ihre Tätigkeiten in der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik.

Hilde Mattheis MdB (SPD), ist seit 2002 Mitglied im Deutschen Bundestag für die SPD-Fraktion sowie Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender von Gesundheit Berlin-Brandenburg und des Paritätischen Gesamtverbandes, übernahm die Moderation dieser Gesprächsrunde.

Prof. Dr. Christian Thomsen, Präsident der Technischen Universität Berlin, und Prof. Dr. Martin Dietrich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), hielten Grußworte bei der Eröffnung des Kongresses Armut und Gesundheit 2018.

Der vorliegende Text beruht auf dem Audiomitschnitt der Veranstaltung und wird mit freundlicher Genehmigung der Diskutierenden veröffentlicht.

Thomsen: Ich bedanke mich herzlich bei der Deutschen Gesellschaft für Public Health, bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, bei den Mitveranstaltern der TU - nämlich dem Gesundheitsökonomischen Zentrum, dem Zentrum für Technik und Gesellschaft, dem Institut für Berufliche Bildung und Arbeitslehre - und den vielen Kolleginnen und Kollegen der weiteren Partner von außerhalb. Ca. 20 bis 25 Mitorganisatoren und Mitveranstalter sind heute hier aktiv. Darüber hinaus begrüße ich herzlich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, ebenso wie die Studierenden, die das besondere Flair einer Universität verkörpern. Unser Campus vereint heute Menschen, die im Bereich Public Health, der Sozialarbeit, Sozialforschung oder Epidemiologie beschäftigt sind, ebenso wie zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens, der Krankenkassen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, als auch von Wohlfahrtsverbänden. Sie alle machen heute den Campus zu einem Ort des Zusammentreffens für erfahrene, lernende und neugierige Menschen. Nirgendwo funktioniert das so gut wie an einer Universität. Ich wünsche Ihnen allen eine aufschlussreiche und spannende Tagung. Vielen Dank.

Pospiech: Herzlichen Dank, Herr Professor Thomsen! Ich freue mich hier auf der Bühne begrüßen zu dürfen: einmal Hilde Mattheis. Sie ist seit 2002 Mitglied im Deutschen Bundestag für die SPD-Fraktion. Ihre politischen Schwerpunkte passen sehr gut mit unseren Kongress Themen zusammen.



Die Gesundheitspolitik, die Pflege, die Gleichstellungspolitik, aber auch die wichtige Frage der Verteilungsgerechtigkeit möchte ich betonen. Sie ist Mitglied des Gesundheitsausschusses und hat sich in der Debatte durchaus kritisch zur neuen Großen Koalition geäußert.

Ich freue mich, wenn Sie mit uns diskutieren, was im neuen Koalitionsvertrag hinsichtlich gesundheitlicher Chancen, Gleichheit und Armutsbekämpfung zu erwarten ist.

Als weiterer Koalitionspartner ist Herr Rudolf Henke heute hier. Er ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages für die CDU-Fraktion und Mitglied im Gesundheitsausschuss. Die Liste seines Engagements liest sich so, dass er eine große Affinität zu den Themen hat, die heute hier auf dem Kongress besprochen werden. Deswegen freue ich mich, auch Ihre Position kennenzulernen.

Als dritte Diskutantin darf ich die diesjährige Keynote-Speakerin und langjährige Begleiterin dieses Kongresses Professor Ilona Kickbusch begrüßen. Ilona Kickbusch hat 1986 nicht nur maßgeblich an der Entstehung der Ottawa-Charta mitgewirkt, sie hat durch ihre Tätigkeiten in der Weltgesundheitsorganisation auch maßgeblich dazu beigetragen, dass sich überhaupt ein gesamtgesellschaftlicher Blick auf das Thema Gesundheit durchgesetzt hat. Ich freue mich, dass Sie hier auch mit uns diskutieren werden.

Es freut mich ebenso, dass die Gesprächsrunde durch Professor Rolf Rosenbrock moderiert wird, dem Gesamtvorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und Vorstandsvorsitzender von Gesundheit Berlin-Brandenburg. Und das, was Ilona Kickbusch für die WHO ist, ist Rolf Rosenbrock für die Entwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland.

Rosenbrock: Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, die in Deutschland um zehn Jahre kürzere Lebenserwartung und die oft lebenslang schlechtere Gesundheitslage von Menschen an oder unter der Armutsgrenze, mit Hartz IV oder weniger, ist seit 23 Jahren das Kernthema dieses Kongresses Armut und Gesundheit. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass Armut in Deutschland auch bei guter und sehr guter Wirtschaftslage nicht zurückgeht. Nach EU-Maßstäben gemessen, stagniert die Armutsquote in Deutschland bei knapp 16 Prozent. Das sind über zwölf Millionen Menschen. Aus unserer Sicht müsste die Verringerung der Armut ein eigenes, ständiges Politikziel sein.

Wir haben uns unter diesem Gesichtspunkt den Koalitionsvertrag angesehen, was dieser zum Thema Armut sagt und sind an fünf Stellen fündig geworden:

- Da geht es um die Erforschung armutsbedingter Erkrankungen.
- Es geht um die Bekämpfung des Hungers in der Welt.
- Es geht um die Bekämpfung der Ursachen der europäischen Armutszuwanderung.



- Es geht auch um die Bekämpfung der Kinderarmut durch Erhöhung und leichtere Beantragung von Kinderzuschlägen.
- Und es geht um die Honorierung der Lebensleistung durch die Einführung der Grundrente als Armutsleistung.

Meine Frage an Sie: Reicht das aus Ihrer Sicht? Oder wie können wir eine gesamtpolitische Strategie gegen gesundheitliche Ungleichheit und für die Gesundheit der Menschen erreichen?

Henke: Nein, es reicht nicht aus. Der wichtigste Punkt aus dem Koalitionsvertrag ist die Aussage zur Prävention. Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich stärken. Das kommt für mich relativ nahe an die Idee von *Health in All Policies* (HiAP) heran.

Auf der Grundlage des Berichtes der nationalen Präventionskonferenz und der anschließenden Beratung im Bundestag werden wir ein Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes vorlegen. Die daran anschließenden Debatten bieten die Chance, im Rahmen dessen, was im Koalitionsvertrag vereinbart ist, auch diesen HiAP-Ansatz in den Bundestagsdebatten stärker zu verankern.

Mattheis: Guten Morgen zusammen. Vielen Dank für die Einladung. Mir kommt offensichtlich trotz großer Koalition so ein bisschen die Oppositionsrolle zu. Die will ich auch gerne einnehmen, weil es einen natürlich nicht zufriedenstellen kann. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht hat uns gezeigt, dass eine Verfestigung der Armut stattfindet, vor allem bei der älteren Bevölkerung. Jedes fünfte Kind ist außerdem von Armut bedroht bzw. muss als arm gelten. Wenn es zum Problem für Familien wird, sich an gesellschaftlichen Angeboten zu beteiligen, ist das ein Problem für diese reiche Gesellschaft. Eine Zahl, die ich immer gerne nenne: 45 Menschen in Deutschland besitzen so viel, wie 50 Prozent der Bevölkerung. Dieses Ungleichgewicht, das sich auch im Gesundheitswesen zeigt, muss uns zutiefst erschrecken. Nicht nur, weil jetzt im Bundestag eine Partei sitzt, die offensichtlich eine Sammelbewegung sein kann, für Leute, die sich bei uns – im Moment noch großen Parteien – nicht ganz so aufgehoben fühlen.

In dieser großen Koalition müssen wirklich Alle Anstrengungen unternehmen, um dieser Spreizung in der Gesellschaft entgegenzuwirken. Nach den ersten Bemerkungen unseres neuen Gesundheitsministers ist meine Zuversichtskurve in den Keller geschneilt. Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber ich finde, da muss man auch in einer großen Koalition dagegenhalten. Es kann nicht sein, dass jemand, der wie wir in wirklich privilegierter Situation ist, sich entsprechend über Menschen auslässt, die mit 406 Euro oder weniger auskommen müssen. Das ist eine Kultur, die ich nicht akzeptieren kann. Wir haben im Koalitionsvertrag einige Dinge formuliert.



Die sind aber – und Sie verzeihen, dass ich das einfach so sage, ich bin seit 2002 im Bundestag, habe schon zwei große Koalitionen erlebt, ich weiß, wie man Sätze nach welchen Seiten ausdehnen kann – ich finde, da müssen jetzt erstmal Dinge folgen, Gesetzesentwürfe. Wir haben uns vorgenommen, vor allen in den ersten 100 Tagen, die Parität wiederherzustellen. Auch das ist einfacher gesagt, als getan. Ich möchte in dieser großen Koalition erleben, dass zum Beispiel der Öffentliche Gesundheitsdienst wirklich gestärkt wird, dass die Prävention sehr viel stärker ausgebaut wird, und dass man in den Schulen, Kindergärten ansetzt. Das müssen wir erstmal schaffen.

Rosenbrock: Vielen Dank. Herr Henke, Sie sprachen die Möglichkeit der Überarbeitung und Novellierung des Präventionsgesetzes auf Basis des ersten, 2019 erwartbaren Präventionsberichtes an. Da sind wir ja alle dabei.

Wir sind ja sozusagen die, die diese Art von Prävention organisieren, erfinden, weiterentwickeln und zu perfektionieren versuchen. Aber wir wissen immer: Das ist sozialkompensatorisch. Das geht nicht an die Ursachen heran.

Und deshalb sind wir ja immer auch so gespalten, weil wir einerseits mit großem Engagement diese Arbeit tun, diese Projekte aufbauen und machen, und auf der anderen Seite wissen, oft ist es nicht viel mehr als ein Tropfen auf einem heißen Stein gegen ein viel größeres Problem. Deshalb noch an Sie beide die Frage: Wir haben gesagt, was wir von Ihnen erwarten – eine konsistente Armutspolitik. Wir würden gerne noch von Ihnen erfahren: Was erwarten Sie von uns, den Public Healthern und Public Healthern, die, wie hier im Raum, sich jedes Jahr versammeln und immer sehen: Alles, was wir Gutes tun können, wird der Größe und der Dynamik des Problems nach den Zahlen – und die Zahlen sind europaweit einheitlich – nicht gerecht.

Henke: Ich finde trotzdem, dass ich zwischen Public Health und den Akteuren im Gesundheitswesen und zumindest der Gesundheitspolitik die Diskussionskultur auch schon ein Stück weit entkrampft hat. Mir geht das immer noch auf die Nerven, dass das alles mit so einem moralischen Gestus, mit so einer Verurteilungsrhetorik für die Realität einhergeht. Das kann ich nicht gut aushalten, weil ich finde, alle Akteure müssen da mal an der Realität ansetzen, die es gibt. Ich war im Jahre 2005 auf dem Deutschen Ärztetag mit dem Thema – natürlich auch mit anderen unterwegs – Arbeitslosigkeit macht arm. Armut und Arbeitslosigkeit machen krank. Und ich gehöre zu denen, die Sir Michael Marmot, den britischen Epidemiologen, als Teil der deutschen Delegation vor drei Jahren zum Präsidenten des Weltärztebundes gewählt haben. Und wir haben damit dafür gesorgt, dass Sir Michael Marmot ein Jahr lang im Namen der Weltärzteschaft für das Konzept der sozialen Gründe für gesundheitliche Beeinträchtigungen werben konnte. Das ist zum Beispiel in Deutschland ganz wenig wahrgenommen worden.

Wir haben einen Auftritt auf dem Deutschen Ärztetag in Deutschland gehabt, aber es hat ansonsten eine ziemliche Berührungsdistanz von Public Health zum Präsidenten des Weltärztebundes gegeben. Selbst zu der Zeit, als das Marmot war.



Das, finde ich, ist ein Indiz dafür, dass es uns immer noch nicht richtig gelungen ist, zu einem gescheiterten Verhältnis zwischen allen Akteuren zu kommen, sondern dass da immer noch hin und her geguckt wird: Wer hat da die Copyrights und wer ist der moralisch Empörtteste? Ich glaube, dass wir, was Health in All Policies angeht, was ja nun auch offizielle Politik der Weltgesundheitsorganisation ist, von zwei Entwicklungen Nutzen haben können. Die eine offizielle politische Entwicklung ist die, dass wir uns heute viel stärker als früher – da ist Hermann Gröhe (ehemaliger Gesundheitsminister) großer Verdienst zuzuschreiben – um globale Gesundheitspolitik kümmern. Ich hoffe, dass es gelingt.

So ist es jedenfalls im Koalitionsvertrag auch vereinbart: weiter daran zu arbeiten, eine Strategie zur globalen Gesundheitspolitik zu entwickeln. Die größten Ungleichheiten haben wir nicht in Deutschland, sondern die größten Ungleichheiten haben wir zwischen dem europäischen Raum, dem OECD-Raum und dem südlichen Afrika. Diese Ungleichheiten anzusprechen, ist einer der Aufträge, die wir uns im Koalitionsvertrag geben.

Für Deutschland liegt die Chance in der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, diese Debatte auch möglichst stark, gut vorbereitet und öffentlich zu führen. Und da wünsche ich mir, dass Sie die Chancen auf Teilhabe im Diskurs nutzen, mit etwas weniger Unerbittlichkeit, was das Vorfinden trauriger Verhältnisse angeht.

Rosenbrock: Na, ob wir uns die Unerbittlichkeit abkaufen lassen sollten, da bin ich mir nicht so sicher. Aber ansonsten stimme ich Ihnen natürlich sehr zu.

Henke: Man muss Menschen immer realistische Aufgaben stellen, wenn sie denn motiviert werden sollen.

Rosenbrock: Das ist ein wichtiger Satz, den wir täglich zu beherzigen versuchen. Vielen Dank. Frau Mattheis, nur noch kurz an Sie die Frage: Was erwarten Sie von uns?

Mattheis: Erstmal bin ich froh, dass ich im Grunde ein fröhlicher Mensch bin. Das erleichtert die Zusammenarbeit und den Austausch. Ich glaube, dass wir ein relativ schwerfälliges System haben, in dem viele Akteure an einem großen Tischtuch sitzen und in unterschiedliche Richtungen ziehen. Denn da gibt es schon ziemlich viel zu verteilen. Und die Verteilungsfrage, auch im Gesundheitswesen, ist eine der zentralen Herausforderungen. Und deshalb finde ich es gut, wenn Sie uns massiv auf die Füße treten. Und zwar so, dass es kritisch konstruktiv ist, was Sie auch tun. In dieser großen Koalition stehen wir jetzt vor einer Herausforderung, in der unterschiedliche – Herr Henke, Sie wissen das nicht persönlich zu nehmen aber – wo unterschiedliche, gesellschaftliche Ansätze einfach nicht zusammenkommen. Damit müssen wir umgehen.



Und da ist wirklich dieses Tischtuchziehen, egal wer da als Akteur sitzt, so schlappe 300 Milliarden, die da zu verteilen sind, sind schon eine Menge Geld und die müssen so verteilt werden, dass man schlicht und ergreifend auch sieht, dass nicht die einen ausschließlich die Profiteure sind und bei den anderen nichts ankommt. Deshalb finde ich es gut, dass Sie da eine mächtige Stimme sind. Nicht nur Sie als Personen, auch als Organisation. Ich glaube, dass mit dem Präventionsgesetz ein wichtiger und richtiger Ansatz gefunden wurde. Aber dieser ist wirklich noch ausbaufähig. Und wenn wir da um einzelne Millionen streiten, für gesundes Schulessen oder so, dann finde ich das schon immer schwierig zu vermitteln, dass wir damit den großen Durchbruch hinkriegen. Also da muss ich schon sagen, da müssen wir uns beide, Herr Henke, wir zwei, noch so richtig anstrengen.

Rosenbrock: Ja, das war jetzt der kurze Ausblick aus zwei Perspektiven auf die nächsten vier Jahre. Neben mir sitzt Ilona Kickbusch, die ja nicht nur die Mutter der Ottawa-Charta und vieler anderer, wichtiger Entwicklungen und Institutionen ist, sondern eben auch langjährige Erfahrung als Beraterin vieler Regierungen hat sammeln können. Und viele Regierungen, eigentlich die meisten westlichen Länder, stehen vor dem Problem, dass sich die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen nicht verringert, sondern vergrößert. Und wir sind alle etwas ratlos. Was wären denn aus Deiner Sicht erfolgsversprechende Ansätze, mit denen man der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen in reichen Ländern strategisch entgegenzutreten kann?

Kickbusch: Guten Tag, guten Morgen. Schön wieder hier zu sein und schön auch neben Dir zu stehen und neben der deutschen Politik. Ich glaube, als erstes muss man sehen, dass in Ländern wie Finnland, die relativ erfolgreich im Hinblick auf ihre Armutspolitik sind, ein konservativer Ministerpräsident sagt: Unsere Lösungen der Vergangenheit reichen nicht mehr aus. Wir können dem Armutproblem und der sozialen Ungleichheit nicht mehr mit den alten Mitteln in einer Gesellschaft begegnen, in der uns die Arbeit vielleicht auch ausgeht.

Eines der wichtigen Elemente, die man aus Ländern wie Finnland zieht, ist der Mut zum sozialen politischen Experiment. Finnland experimentiert zurzeit mit einem garantierten Mindesteinkommen, um zu sehen: Was sind die Auswirkungen? Das wird sehr genau wissenschaftlich und journalistisch begleitet. Man hofft, dadurch Hinweise durch verlässliche Evidenz und Daten zu bekommen, wie man einen Wohlfahrtsstaat, eine gleichere, gerechtere Gesellschaft im 21. Jahrhundert eigentlich strukturieren kann. Der zweite wichtige Punkt, den Sie bereits angesprochen haben, ist eine gesamtpolitische Strategie. Ich finde es wahnsinnig wichtig, dass wir anfangen, Armut als etwas Dynamisches zu sehen und nicht Strategien suchen, die Armut noch verfestigen.



In vielen der skandinavischen Länder – und ich bin mir bewusst, das sind homogenere Gesellschaften, kleinere Gesellschaften, und so weiter – aber sie sind sozusagen auch Labors für uns andere – legt man den zentralen Schwerpunkt darauf, aus der Armut zu kommen: auf die soziale Mobilität.

Und ich glaube, das ist auch ein ganz zentraler Teil der Armutsforschung, zu sehen: Wer bleibt da drinnen verhaftet? Eine Generation, zwei, drei? Wie man es beispielsweise in England sieht. England hat ein *Poverty-Policy-Paper* nach dem anderen, aber es passiert nichts. Und durch die *Austerity-Policy* der englischen Regierung verfallen natürlich noch mehr Menschen in Armut. Wenn ich also ‚Struktur‘ sage, ist das Wichtigste, was wir aus diesen Gesellschaften lernen können: ‚Equal Start in Life‘. Es wird investiert in Schulen, in Kindergärten, in Vorschulen, in alle möglichen Unterstützungssysteme für Kinder. Die Familienpolitik und die Arbeitspolitik sind darauf ausgerichtet.

Ein Punkt, den wir auch immer wieder in der Diskussion vernachlässigen: Armutspolitik in den skandinavischen Ländern, aber auch in den Niederlanden und in Slowenien ist Genderpolitik. Das heißt, das sind Länder, in denen Frauen einen besseren Zugang zum Arbeitsmarkt haben, in denen Frauen Unterstützung bekommen, weil viele der Familien Ein-Elternteil-Familien sind. Das sind Gesellschaften, in denen diese höhere Mobilität für die nächste Generation wichtig ist.

Armutspolitik muss Integrationspolitik sein. Sie muss Leuten den Zugang zur Gesellschaft ermöglichen, zum gesellschaftlichen Leben. Und wenn Sie sich einen Teil der finnischen Politik ansehen, steht da explizit drin: Man muss das Geld haben, in ein Café gehen und sich eine Tasse Kaffee leisten zu können. Das steht explizit in der Armutspolitik drin. Das heißt, man sieht nicht nur die Auswirkungen einer simplen Umverteilungspolitik – sage ich mal – wo Deutschland ziemlich gut dasteht in Europa, als großes Land. Alle, die weiter vorne sind, sind eben diese kleineren Länder. Es geht um ‚Health in Everyday Life‘. Wie kann ich teilnehmen? Und das hat dann natürlich Gesundheitsauswirkungen. Je einsamer ich bin, je ausgeschlossener ich bin, je ärmer ich bin, umso kranker bin ich, umso früher sterbe ich. Und diese Verbindungen von sozialer Exklusion und Finanzströmen ist zentral.

Der letzte Punkt hierzu – was wir auch häufig vernachlässigen – ist die soziale Umwelt, in der viele arme Leute leben müssen. Und dort ist keine Sicherheit gegeben. Dort geht es krimineller zu. Da sind die Umweltbedingungen, die Luft ist schlechter, die Häuser sind schlechter, alles ist schlechter. Nicht zuletzt in Hinblick auf die Politik, die Sie angesprochen haben, dass man in diesem Kontext andere Gefühle der Integration und der Sicherheit vermitteln muss, ist ebenfalls ganz zentral.



Also ohne eine gesamtpolitische Strategie wirkt die beste Umverteilungsstrategie nicht, weil sie die Menschen nicht in die Gesellschaft hineinbringt und weil sie keine soziale Mobilität herstellt

Pospiech: Vielen Dank an die Diskutantinnen und Diskutanten, die uns wenigstens überblicksartig mal die politischen Leitlinien, die uns die nächsten Jahre erwarten, vorstellen konnten. Ich freue mich den stellvertretenden Leiter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Herrn Professor Martin Dietrich begrüßen zu dürfen. Die BZgA hat sich nicht zuletzt durch die Initiierung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sehr verdient gemacht, weil sie auch einen institutionalisierten Rahmen für die Akteure geschaffen hat, sich über dieses Thema auszutauschen, wissenschaftliche Erkenntnisse in Programmatik zu überführen. Die BZgA ist auch ein wichtiger Partner dieses Kongresses und ich freue mich auf Ihre Worte.

Dietrich: Lieber Herr Pospiech, herzlichen Dank für die netten, einführenden Worte. Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich zum Kongress Armut und Gesundheit. Und darf Sie auch von der Leiterin der BZgA, Frau Theiss, ganz herzlich begrüßen.

Ich freue mich, dass Sie heute den Weg in die Technische Universität Berlin gefunden haben, um am diesjährigen Kongress teilzunehmen. Und Ihr so zahlreiches Erscheinen zeigt, welche Bedeutung die gesundheitliche Chancengleichheit hat und dass sie trotz einer augenscheinlich guten gesamtwirtschaftlichen Lage nichts an Brisanz verloren hat. Es ist inzwischen der 23. Kongress Armut und Gesundheit und damit hat dieser Kongress eine beachtliche Geschichte vorzuweisen. Um die Relevanz und die Bedeutung des Themas brauchen sich dabei die Organisatoren keine Sorgen zu machen. Der Andrang in diesem Jahr ist so groß wie nie zuvor. Und auch das Engagement der renommierten Akteure der Gesundheitswissenschaften, der Prävention und der Gesundheitsförderung zeugt von dieser hohen Beachtung, die der Kongress genießt. So übernehmen hier Rolf Rosenbrock und Stefan Pospiech die Moderation.

Frau Ilona Kickbusch vom *Graduate Institute of International and Development Studies* aus Genf konnte für diesen Kongress gewonnen werden. Auch die Teilnahme von Herrn Henke vom Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag und auch von Hilde Mattheis der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD, die zeigen, dass hier auch die neue Koalition vertreten ist und auf diesen Kongress schaut. Wiederum stellt die Technische Universität in Berlin den Veranstaltungsort, wofür dem Präsidenten Herrn Thomsen Dank gebührt.

Gut 30 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta stehen wir weiterhin vor dieser zentralen Herausforderung: Die Verwirklichung des Grundrechts auf bestmögliche Gesundheit, unabhängig von Herkunft, Religion, politischer Überzeugung, als auch von wirtschaftlicher und sozialer Stellung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen.



Und ein Blick auf die aktuelle Studienlage zeigt: Das ist immer noch relevant und auch bei uns in Deutschland ein zentrales Thema. Männer und Frauen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze in Deutschland haben eine um acht bis elf Jahre geringere mittlere Lebenserwartung. Betrachtet man die gesunde Lebenserwartung, das heißt Lebensjahre, die in gutem oder sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden, macht der Unterschied zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe in Deutschland heute sogar 13 bis 14 Jahre aus.

Wir wissen, dass der Gesundheitssektor allein die komplexe und aufwändige Aufgabe für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu sorgen, nicht schultern kann. Dafür ist die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, von unserer Perspektive aus betrachtet, vonnöten. Und die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist für uns zentral. Aktivitäten zur Gesundheitsförderung berühren auch andere Politikbereiche: Bildung, Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung oder Wohnen. Deswegen ist die Entwicklung zu einer gemeinsamen politischen Verantwortung im Sinne von *Health in all Policies* in den verschiedenen Sektoren unabdingbar. Denn wir sind nur dann in der Lage, die gesundheitlichen Ziele zu erreichen, wenn wir versuchen, sie zusammen zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund betreibt und initiiert die BZgA bereits seit vielen Jahren, gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern, differenzierte Maßnahmen und Programme zur Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit. Vor allem auch bei schwer erreichbaren Gruppen, wie zum Beispiel arbeitslosen Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Alleinerziehenden und Familien in sozial schwierigen Lagen. 2003 wurde zum Beispiel der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit gegründet, um partnerschaftliche Gesundheitsförderung und Prävention voranzutreiben und erfolgreiche Ansätze bekanntzumachen. Mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes wird Gesundheitspolitik allmählich nicht mehr nur als Politik der medizinischen Versorgung, sondern als Politik der Lebenschancen und der Lebensweisen wahrgenommen. Die gesetzliche Verankerung dieses Lebensweltansatzes, wie auch der intensive Bezug auf die Ottawa-Charta –, das ist international auch beispielgebend. Demnach wird Gesundheit in den Lebenswelten der Menschen erzeugt und erhalten und ist vor allem von Faktoren abhängig, die nicht primär nur im Gesundheitssystem zu suchen sind.

Mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes werden deshalb neue Wege der Zusammenarbeit möglich gemacht. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch die gesetzliche Rentenversicherung, die soziale Pflegeversicherung und auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen inzwischen eingebunden. In der nationalen Präventionskonferenz legen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen.



ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,
20. und 21. März 2018
an der TU Berlin

Beteiligen wir uns gemeinsam an der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie, indem wir gemeinsam mit allen für Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Akteurinnen und Akteuren die Herausforderung annehmen.

Dazu gehört die Entwicklung einer nachhaltigen und belastbaren Strategie, die die Vielzahl der unterschiedlichen Programme und Maßnahmen auf gemeinsame Präventionsziele hin ausrichtet und in der alle Aktivitäten und Ressourcen gebündelt werden.

Dazu gehört nicht nur Transparenz zu schaffen, sondern auch Partizipation zu ermöglichen und neue Wege der Zusammenarbeit zu gehen, Aufgaben zu klären und eine verbindliche Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung der relevanten Akteure zu finden. Dazu gehört auch, dass Prävention und Gesundheitsförderung dort zu verankern ist, wo sie für die Menschen besonders wichtig ist: in ihren Lebenswelten.

Der Kongress Armut und Gesundheit, mit seiner großen Spannweite an teilnehmenden Akteuren, bietet die geeignete Plattform, diese Entwicklung zu unterstützen, zu begleiten und zu fördern und ist hier auch beispielgebend. Aus dem Programm herausgegriffen sei zum Beispiel die Verzahnung von Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Dort sind Referierende und Moderierende zusammengekommen, die sich aus den Vertretern des GKV-Spitzenverbandes bilden, der Bundesagentur für Arbeit, der kommunalen Spitzenverbände der Wissenschaft, sowie der BZgA. Sie alle werden gemeinsam die Chancen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit auf der Bundesebene erörtern und dabei von ihren Erfahrungen berichten. Das ist auch im Kongress Armut und Gesundheit beispielgebend für die Idee, die in der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt wird. Ein Hauptanliegen der BZgA, neben der Umsetzung der erfolgreichen und weithin sicht- und wahrnehmbaren Kampagnen, ist die Förderung von Vernetzungen, Kooperation und des Austausches. Wir wollen dort unterstützen, wo motivierte Menschen, Akteure und Institutionen nach Formen der Zusammenarbeit suchen. Wir wollen diejenigen zusammenbringen, die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv sind, die ihre Erfahrungen einbringen möchten und wir wollen gemeinsam dieses für die Zukunft unserer Gesellschaft in vielerlei Hinsicht zum bedeutenden Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickeln und die Ausrichtung der zukünftigen Präventionspolitik hin zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik mitgestalten.

Lassen Sie uns bei dem diesjährigen Kongress an die vorangegangenen Erfolge dieses Kongresses anknüpfen und gemeinsam weiterdiskutieren, wie bestehende Strukturen und Netzwerke genutzt werden können und welche neuen benötigt werden, um die verschiedenen gesundheitsrelevanten Herausforderungen zu meistern.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.),
Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 2018
Gestaltung des Headers: Britta Willim.



ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,
20. und 21. März 2018
an der TU Berlin

Die BZgA, Frau Doktor Theiss und ich wünschen Ihnen allen einen spannenden und bereichernden Kongress, der Sie zusammenführt und die partnerschaftliche Gesundheitsförderung und Prävention weiter voranbringt. Herzlichen Dank.

Pospiech: Herzlichen Dank, Herr Professor Dietrich, für das Grußwort seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Und ich freue mich jetzt Ilona Kickbusch, unsere diesjährige Keynote-Speakerin, begrüßen zu dürfen.



Health in All Policies

Keynote von Prof. Dr. Ilona Kickbusch zum Kongress Armut und Gesundheit 2018

Ich freue mich sehr, hier zu sein und wieder ein Eröffnungsreferat halten zu dürfen. Ich habe beschlossen, dass ich mich in diesem Bereich *Health in All Policies* besonders auf die Aspekte konzentrieren möchte, die zurzeit auch sehr stark und sehr, sehr kontrovers in der Weltgesundheitsorganisation diskutiert werden, besonders in Hinblick auf die nicht übertragbaren Krankheiten, wie es heißt. Und die uns voll und ganz wieder hineinführen in die Ottawa-Charta und in die neuen Ungleichheiten, die in unseren Gesellschaften hier, aber zunehmend auch in den Entwicklungsländern kreierte werden und ganz neue Dynamiken mit sich bringen, die wir auch mit neuen Politikformen angehen müssen.

Es ist schon angedeutet worden, dass, wenn man Gesundheit verstehen will, wenn man Gesundheitspolitik machen will, besonders eine Gesundheitspolitik, die Health in All Policies ist, dann muss man die Gesellschaft verstehen, in der man ist. Und man muss die großen gesellschaftlichen Dynamiken verstehen. Das ist eine der Herausforderungen, die wir jetzt haben und wo man verschiedene solcher Elemente zusammenbringen kann. Einerseits der Kontext der Gesundheitsgesellschaft; Gesellschaften in denen Gesundheit immer wichtiger wird, einen immer größeren ökonomischen Rahmen einnimmt, auf eine ganz perverse Weise. Wenn 12 bis 15 Prozent eines Bruttoinlandsproduktes eigentlich für die Verwaltung von Krankheiten ausgegeben werden. Wenn fünf Prozent davon in die Schaffung von Gesundheit ausgegeben würde, dann wären wir in einer ganz anderen Situation. Diese ökonomische Dynamik, auch in einer Gesundheitsgesellschaft, führt zu ganz gewaltigen Ungleichheiten. Und wie auch schon vor 100 Jahren manifestiert sich das auch zunehmend körperlich. Zunehmend sieht man am Körper, wer arm ist und wer nicht. In einem gewissen Zeitrahmen unserer Gesellschaften, in den 70er, 80er Jahren, war das nicht der Fall. Das hängt sehr stark mit dem Kontext Konsumgesellschaft zusammen.

Das war uns auch damals beim Schreiben der Ottawa-Charta in dieser ganzen Tragweite eigentlich nicht so klar: Wie stark diese Konsumgesellschaft durch verschiedene Dynamiken unseren Alltag prägt, zunehmend auch prägt, was wir essen, was wir trinken, wie wir uns verhalten und welche Ansprüche wir stellen, im Sinne von *convenience*, von ständiger Zugänglichkeit und Ähnliches. Und diese Konsumgesellschaft verbindet sich natürlich auch zunehmend mit dem Kontext der digitalen Gesellschaft. Wir haben es vorhin auch schon kurz angesprochen. Was heißt das für uns im Sinne von Arbeit? Was heißt das, wie wir unseren Alltag gestalten? Und was heißt das, welche Gesundheitsmessages kommen über diesen digitalen Kanal auf mich zu? Und wie wird das gehandhabt? Das kommt dann mit der anderen Dynamik.



ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,
20. und 21. März 2018
an der TU Berlin

Das ist dann ganz besonders für die Entwicklungsländer von Bedeutung, dass unsere Welt zunehmend eine urbane Welt ist und dass diese urbane Welt auch zunehmend eine geteilte Welt ist. Eine Welt dort, wo die Armen der Stadt wohnen, und dort, wo die anderen sind. Und der Punkt, den ich vorhin auch angesprochen habe, mit der Sicherheit, ist natürlich ein ganz gewaltiger Punkt, wenn Sie in einer Favela in Rio de Janeiro wohnen, dann haben Sie keine persönliche Sicherheit mehr. Diese Interaktion in der urbanen Gesellschaft ist ganz zentral. Und natürlich einer der bestimmendsten Faktoren, der mit all diesen anderen Dynamiken zusammenhängt, die zunehmende Ungleichheit in einer Reihe der Gesellschaften oder auch der mangelnde Abbau von sozialen Ungleichheiten, der sich ebenfalls zunehmend über den Körper manifestiert: *Non-Communicable-Disease*. Hier findet die neue gesundheitliche Ungleichheit statt. Was weltweit ursprünglich die Infektionskrankheiten waren, ist jetzt wirklich der Ausdruck dieser nicht übertragbaren Krankheiten – dieses sehr unglücklichen Begriffes. Und der hängt natürlich absolut zentral mit Globalisierung, mit globalen Märkten und insbesondere mit Märkten der Konsumgüterindustrie zusammen. Und das führt uns auch hinein in eine völlig neue Gesundheitsökonomie. Das heißt: Wer profitiert eigentlich davon, dass wir die Menschen nicht nur hier bei uns, sondern auf der ganzen Welt, während sie sich sogar wirtschaftlich nach vorne bewegen, zunehmend krank machen? Die Nahrungsmittelproduktion ist eine der größten Industrien der Welt überhaupt. Verpackte Lebensmittel, dann eben auch die Liberalisierung dieser Märkte, die die Möglichkeit der Landwirtschaft in vielen der Länder, in den Entwicklungsländern, zerstört. Die aber zunehmend auch mit der Umweltkrise zusammenhängt, die zu Nahrungsmittelkrisen und zu Wasserkrisen führt. Und sie haben inzwischen auch eine ganz starke Bewegung von einer ganzen Reihe großer Firmen, die versuchen, in den Entwicklungsländern das Wasser zu privatisieren. Es gibt dazu gerade in Brasilien eine ganz große Auseinandersetzung und wir sehen hier, welche Zukunft vielleicht auf uns zukommt. Wichtig aber – und das ist ein Punkt, auf den ich immer wieder zurückkommen werde – Sie sehen hier das Wachstum dieser Konsumgüterindustrie. Das sind zu einem großen Teil noch westliche Firmen, die aber auch unterschiedlich aufgekauft werden. Die sich eben aufgrund der Liberalisierung der Märkte dezidiert ausbreiten können.

Und das wirklich Wichtige zu verstehen ist, dass die Konsumgüterindustrien jene Industrien sind, die den meisten Profit abwerfen. Das sind für Investoren, wie es in der Analyse heißt, Profitmaschinen. Die bringen mindestens sechs Prozent Wachstum, wenn nicht mehr. Und das heißt auch, dass sehr viele der Investoren ein Interesse daran haben, dass sich diese Konsumgüter auf der Welt ausbreiten, dass sie sich schnell ausbreiten und dass sie signifikanten Gewinn abwerfen. Und das ist sozusagen dann die neue *Bodypolitics*, wie sich diese Entwicklung in den menschlichen Körpern wirklich widerspiegelt. Diese Profitmaschinerie hat ihr Spiegelbild in diesen Daten, die Sie hier sehen. Und es gibt fast nichts Politischeres in der Gesundheitsdiskussion, als die Zahlen zum Übergewicht und Adipositas. Dass wir also wirklich sagen: Hier geht es nicht um den Einzelnen, das Kind hier und die Frau da, die übergewichtig ist. Die politische Diskussion ist heiß. In der Weltgesundheitsorganisation ist eine neue Kommission gegründet worden, zu *Non-Communicable-Diseases*. Und der Vorschlag war in dieser Kommission eben auch das zu diskutieren, was wir jetzt die *Commercial Determinants of Health* nennen. Die Diskussion ist, dass die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit, so wie sie auch von Marmot wichtig entwickelt worden sind, mit diesem Aspekt der Selbstbestimmung, mit diesem Aspekt auch wirklich Zugang zu Ressourcen zu haben, in dieser globalen Konsumgesellschaft.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.),
Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 2018
Gestaltung des Headers: Britta Willim.



Sie ist getrieben von großen Profitmaximen und hängt mit vielen der Umweltdeterminanten zusammen, die unser Klima zerstören und mit den kommerziellen Determinanten, wie wir sie zurzeit nennen, sowie den politischen Determinanten. Wenn wir uns Ungleichheit in der Gesundheit vornehmen wollen – zumindest ist es das, was wir derzeit in der Diskussion der Kommission versuchen – sind diese vier Arten von Determinanten in ihrem Zusammenspiel besser zu begreifen. Es gibt verschiedene Definitionen, auch von diesen kommerziellen Determinanten. Es bildet sich eine Literatur dazu heraus. Sie können im Lancet nachschauen, in einer Reihe anderer Publikationen. Wir haben auch versucht, hier ein Modell zu entwickeln.

Ich will gar nicht detailliert darauf eingehen. Aber nur um Ihnen zu vermitteln: Momentan geht einiges an intellektueller Arbeit hinein. Zu sagen: Wie fassen wir diese kommerziellen Determinanten? Auch die Frage, die immer wieder gestellt wird: Haben sie nur einen negativen Gesundheitseinfluss oder könnte man sich auch vorstellen, dass die ganze Dynamik, auch wenn sie profitgetrieben ist, auch für Gesundheit wirken könnte? Was natürlich ganz stark im Vordergrund steht, ist wieder die Ottawa-Charta. Nein, wir wollen nicht, dass Coca-Cola Kinder dazu bringt zu turnen. Wir wollen weg von diesen verhaltensbezogenen und sehr aufklärungsbezogenen Strategien, hin zu Public Health Strategien. Ich muss das ja in diesem Kreis überhaupt nicht sagen, die auch auf die Komplexität der Lebenswelten einwirken wollen. Und für uns ist von daher diese Art zu denken ganz bedeutsam. Das heißt genau das, was John Snow für Cholera festgestellt hat – nämlich sich von der Verbreitung von Krankheit ein geographisches Bild zu machen – hat man jetzt, wenn man sich diese Konsumwelt anschaut. Und das deutet auch darauf hin, dass wir, wenn wir uns mit diesen Krankheits- und Ungleichheitsbildern beschäftigen, eine neue Geographie im Kopf haben müssen. Denn die Ansteckung erfolgt ja nicht durch einen Virus, sondern die Ansteckung in Anführungsstrichen ist sehr viel mehr ein sozialer Kontext – eine Art zu leben, auch das, wozu man Zugang hat.

Es gibt ja dieses berühmte Wort von den *food deserts*, von der Tatsache, dass man eben in bestimmten Nachbarschaften gar nicht die Möglichkeit hat, etwas Gesundes einzukaufen, dass es dort mehr Alkoholgeschäfte gibt etc. Dass also dieser geographische Blick, der dann natürlich besonders in einer urbanen Gesellschaft wichtig ist, ganz besonders bedeutsam ist. Kommerzielle Determinanten: Was gehört dazu? In Amerika gehören natürlich auch Waffen dazu. Die wahnsinnige Auswirkung des leichten Zugangs zu Waffen in Amerika ist inzwischen ein signifikantes Public Health-Problem und sollte auch als ein solches behandelt werden. Wir erleben mit der Dieseldiskussion die *Commercial Determinants* von Health ebenfalls sehr deutlich. Was neu in diese Diskussion hineingekommen ist, sind die Süßgetränke, bei denen man ja noch vor 20 Jahren in der Gesundheitsdiskussion gesagt hat: „Ist ja schön, wenn die Coca-Cola trinken und keinen Alkohol.“ Und inzwischen wird auch diese Diskussion sehr viel schwieriger und am besten konzentriert man sich auf Wasser.

Wenn man sich also diesen Komplex *Commercial Determinants* anschaut, hat man einerseits den Kontext Lebenswelt, auf den ich hingewiesen habe sowie die ganzen Aspekte der Produktion dieser Lebensmittel. Glyphosat ist einer der Hinweise darauf. Zunehmend richtet man auch den Blick auf den ganzen Abfall, der produziert wird. Und auch hier sehen wir, wie komplizierter es wird.



Jetzt sagen wir: „Okay, kein Coca-Cola. Wasser.“ Jetzt müssen wir schon sagen: „Aber bitte nicht aus einer Plastikflasche.“ Und diese Komplexität und das gegenseitige Verbundensein, auch dieser Fragen und dieser kommerziellen Determinanten, ist eine der ganz großen Herausforderungen. Damit zusammen hängt natürlich auch eine ganz große Industrie des Marketings, die für sich gestellt eine kommerzielle Determinante ist. Und auch hier finde ich, haben wir nicht genug Analysen vorgelegt, wie diese Industrie arbeitet, wie sie finanziert wird, wer sie finanziert und was ihre Konsequenzen sind. Und das ist ja heute ebenfalls noch einen Schritt komplizierter, wo Regulierungen im realen Raum inzwischen restriktiver sind – im virtuellen Raum lässt sich fast noch alles machen. Und zu den Körperbildern, die vermittelt werden, brauche ich nichts zu sagen. Was uns immer größere Sorge aufgrund dieser Regulierungen macht, ist, wo man werben darf, wie man werben darf. Dem sind anscheinend keine Grenzen gesetzt, wie man dem öffentlichen Raum entnehmen kann. Und Sie sehen hier eines dieser Beispiele (Coca Cola). Diese Firma ist besonders dafür bekannt, dass sie Turn- und Sportfeste für Kinder und Jugendliche organisiert. Sie tut das besonders gerne im öffentlichen Raum, wo sie sonst nicht werben darf, tut es aber noch lieber in Parks, wo man ja auch normalerweise keine Werbeplakate aufstellt.

Und das ist für die Urbanisierung und die Kommerzialisierung der Gesellschaft ein ganz, ganz zentraler Punkt, wie unsere öffentlichen Räume übernommen werden, sowie ein ganz zentraler Punkt für soziale Ungleichheit, wem diese öffentlichen Räume überhaupt zustehen und wie man sie nutzen kann. Die Zeit reicht nicht, um auf andere Aspekte einzugehen, die natürlich mit einer globalisierten Gesellschaft zusammenhängen. Man könnte also jetzt ein langes Referat über die Handelsbeziehungen, *Intellectual Property* und ähnliches führen. Aber auf was ich wirklich hinweisen will – und das ist was wir derzeit im Rahmen dieser Kommission auch anzugehen versuchen – diese Profitmaschine Konsumgüter.

Denn wenn Sie sich den Kapitalmarkt ansehen, ist das ein Markt, der schnelle und hohe Gewinne im globalen Raum abwerfen soll. Jetzt denken Sie vielleicht „Ja, das sind immer ganz üble Investoren, die da am Werke sind.“ Und die gibt es tatsächlich und diese Gruppe ist meines Erachtens eine der übelsten. G3-Capital, schauen Sie sich das an, die kommen aus Brasilien. Also es kommt auch nicht alles Böse nur aus dem Westen.

Und das ist eine Gruppe, die wirklich eine Methode entwickelt hat, wie man in Konsumgüter investiert. Sie haben mit Bier angefangen und machen mit anderen Produkten, wie Ketchup, Burger und so weiter, jetzt auch Süßgetränke, weiter. Das sind große Investitionen. Und das Interessante ist: Wer hängt von diesen Gewinnen ab? Und da hängt jeder von uns mit drin, weil: Wer braucht diese großen Gewinne? Diese großen Gewinne brauchen die Versicherungsgesellschaften, die unsere Pensionen garantieren. Und die haben eine ganz perverse Interaktion von globaler Ungleichheit, von globaler Investition, von der Notwendigkeit für hohe Profite, verbunden mit Gesellschaften, wo man sich sagt: „Naja, grundsätzlich wollen die ja gar nichts Böses, sondern die wollen sicherstellen, dass die Leute im Alter ihre Rente kriegen.“ Und es wird in diesem Feld immer bedeutsamer zu sagen „Wie ist das mit den Großaktionären?“, aber auch jedem kleinen Aktionär. Und es gibt jetzt eine neue Bewegung. Hier zum Beispiel: *Tobacco free Portfolios*. Und Sie sehen auf der rechten Seite eine Reihe der großen Investoren, die inzwischen nicht mehr in Tabak investieren.



Gerade vor ungefähr einem halben Jahr ist der größte niederländische Pensionsfonds aus der Tabakinvestition ausgestiegen, der *Norwegian Wealth Fund* ist nicht mehr drin. Und interessant ist, dass viele dieser Großaktionäre gleichzeitig auch aus *fossil fuels* aussteigen. Dass hier eine sehr interessante Verbindung besteht.

Kann man eigentlich gesellschaftlich verantwortlich investieren? Und dieser Diskussion folgt eine Diskussion, die wir jetzt versuchen im Gesundheitsbereich zu führen. Ist das möglich? Was heißt das auch rechtlich für die Firmen, die diese Investitionen verwalten? Es gibt ja eine sogenannte Treuepflicht, also ich muss das Geld so einsetzen, dass es dir am meisten Gewinn bringt. Wie ist das also mit nachhaltigen Investitionen und mit Aussteigen? Und wo soll man aussteigen? Tabak ist jetzt das große Beispiel. Es hat in Europa nicht so gegriffen, wie beispielsweise in manchen Bereichen in Amerika und besonders in Australien. Aber es ist eine Diskussion, die weitergeführt werden muss und die wir uns im Kontext dieser Kommission, hoffe ich, auch ganz besonders vornehmen müssen.

Das heißt: Die Gesundheitsökonomie kriegt eine ganz andere Dimension. Sie sagen vielleicht „Was hat das mit Ungleichheit zu tun?“ Es gibt eine Art und Weise, wie diese Produkte in ärmeren Gesellschaften verkauft werden. Das ist ja nicht im Supermarkt, obwohl die weiterhin wachsen, sondern in ganz kleinen Ein-Portionen-Päckchen. Und das heißt, es wird auch als Frauen-Empowerment-Programm gesehen, dass Frauen, die Möglichkeit bekommen, Ökonomie zu lernen. Sie sind diejenigen, die an Haushalte, hauptsächlich an andere Frauen, die kleinen Ein-Portionen-Dinger verkaufen. Damit also auch anzufangen den Geschmack zu steuern, was dazu führt, dass diese Produkte zunehmend in der Gesellschaft akzeptiert werden.

Es gibt natürlich verschiedene Handlungsmöglichkeiten. Ganz grundsätzlich weiß man auch von der Europäischen Union, dass die sogenannten freiwilligen Maßnahmen selten sehr weit greifen. Trotzdem muss man sagen, dass unter Konsumentendruck eine ganze Reihe von Firmen inzwischen schon neue Aspekte aufgreifen. Besonders interessant ist das in Hinblick auf Antibiotikaresistenzen, wo zunehmend das Angebot verändert wird, besonders auch in Hinblick auf die großen Hähnchenvertreiber. Es gibt also Ansätze, aber wir werden nicht allzu viel davon erwarten können. Wir werden natürlich – zumindest diejenigen von uns, die eine Wahl haben – diese Aufgabe viel verantwortungsvoller behandeln. Und wir müssen uns tatsächlich bewusstwerden, wie politisch Essen ist. Das ist eine Sache, die langsam in die Gesundheitsdiskussion hineinkommt, weil dieser Bereich so kapitalstark ist, weil er so politisiert ist, müssen wir uns auch bewusst sein, welche Politik man hier eigentlich machen muss und kann. Von daher halte ich es für unheimlich bedeutsam, dass die Gesundheitsbewegung und die Konsumentenbewegung sehr, sehr viel enger zusammenkommen. Das sind teilweise noch völlig getrennte Welten und vielleicht ist das auch ein Aspekt, den man sich für diesen Kongress hier überlegen kann. In der internationalen Diskussion ist der Ruf nach Regulierungen und besonders der Ruf nach Besteuerung sehr, sehr viel stärker, sehr, sehr viel lauter. Sie wissen, dass in der internationalen Diskussion derzeit auch im Vordergrund steht, dass der Zugang zu Gesundheitsdiensten gewährleistet sein soll. Man stellt sich auch vor, dass es zweckgebundene Steuern gibt. Und es wird vorgeschlagen, eben diese ungesunden Produkte zu besteuern und zweckgebunden zu investieren. Nicht nur in Präventionsprogramme, was Thailand beispielsweise macht, sondern wirklich zu helfen, die Gesundheitsdienste aufzubauen.



Interessant sind andere Modelle, die leider bisher nicht so gegriffen haben, aber die ebenfalls in diesen Investitionszyklus hineingehören. Manche von Ihnen wissen vielleicht, dass Brasilien vor ca. 20, 30 Jahren eine Finanztransaktionssteuer hatte, um den Aufbau des brasilianischen Gesundheitssystems zu finanzieren. Und die gibt es nicht mehr. Man muss also nicht nur von Konsum, Mehrwert und sonstigen Steuern reden, sondern wirklich auch von finanziellen Transaktionssteuern.

Wenn man sich anschaut, welche massiven Finanzströme in diesem Bereich ablaufen. Und es gibt Kollegen in den internationalen NGOs, die sagen, dass man genau diese Industrien und ihre finanziellen Transaktionen anders besteuern sollte und dass dieses Geld auch in die globale Gesundheit und in den Aufbau der nationalen Gesundheitsdienste gehen sollte.

Also von daher auch der Versuch davon wegzukommen, nur von Entwicklungshilfe zu sprechen und an Entwicklungshilfe zu denken, sondern zu sagen, diese immensen Finanzströme müssen auf andere Weise den globalen Gütern zugutekommen. Von daher, im Sinne einer Lebensweltenpolitik, die dann natürlich ganz gewaltige Auswirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit haben würde, die Steuern, die Standards, die es braucht, zum Beispiel auch für Schulernährung, das Marketing habe ich angesprochen, die Normen und die Kennzeichnungen. Interessant ist auch in Europa, dass die Steuern, besonders die Zuckersteuern und die Steuer auf Süßgetränke, mehr Raum finden. In England hat es darüber eine große Diskussion gegeben und in diesem Jahr kommt dort auch die Einführung einer Zuckersteuer.

Auch die OECD hat ganz deutlich aufgezeigt, dass es, will man diese Aspekte in den Griff bekommen, ein Handeln des Staates, Regulierung und neue Finanzinstrumente braucht. Und Sie sehen, die Finanzinstrumente müssen, damit sie gesundheitswirksam werden, natürlich nicht zwei Prozent oder drei Prozent oder fünf Prozent, die müssen dann schon entsprechend gewaltig sein. Eine richtige Effektivität zeigt sich ab ca. 20 Prozent. Trotzdem sieht man in Mexiko, wo man eine ganz kleine Erhöhung des Preises geschafft hat, dass auch dort schon der Verbrauch dieser Getränke zurückgeht und das vor allem bei den ärmeren Bevölkerungsschichten. Das heißt, dass man ganz klar sehen muss, wenn man sich dieses größere gesundheitsökonomische neue Bild nimmt, dass diese fiskalischen Maßnahmen natürlich einerseits kurzfristig den Preis beeinflussen, aber dass man tatsächlich mit einer sehr viel strukturierteren Vorgehensweise eine ganze Reihe von sogenannten Sekundäreffekten in Hinblick auf Produktions- und Angebotsstrukturen haben könnte: Regulierungen, sehr, sehr viele Initiativen, besonders in Hinblick auf Marketing zu Kindern, die Kennzeichnungen. Sie kennen die Diskussion. Sie kennen die Diskussion um Gesundheitskompetenz, die natürlich eingebunden sein muss: 150- prozentig in strukturelle Maßnahmen und nicht nur als individuelles Unterfangen. Und Sie sehen hier ein wirklich interessantes Ergebnis einer Umfrage. Man stelle sich das vor, die Leute sagen, es ist einfacher meine Steuererklärung zu machen, als zu wissen: Wie kann ich mich eigentlich gesund ernähren? Und das ist schon ein Armutszeugnis für unsere Gesellschaften.

Sie wissen vielleicht, Uruguay hat die Tabakindustrie vor die Welthandelsorganisation zitiert und – man höre und staune – sogar gewonnen. Und das zeigt, dass wir mitunter vielleicht mehr tun könnten, um diese Länder, die unter dem Druck dieser Industrien sind, zu unterstützen. Natürlich hat das sehr viel mit Ideologie zu tun.



ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,
20. und 21. März 2018
an der TU Berlin

Jedes Mal, wenn irgendeine Regulierung im Gesundheitswesen vorgeschlagen wird, dann heißt es sofort, das Ende der Freiheit ist gekommen, die Leute müssen doch Wahlfreiheit haben. Von daher halte ich es für außerordentlich wichtig, dass wir den politischen Diskurs über diese Fragen anzetteln, dass wir verstehen, wie politisch diese Fragen eigentlich sind und dass wir sozusagen die Wahlfreiheit oder das Wahlverhalten weniger auf die Freiheit im Supermarkt beziehen, sondern wirklich auf die Möglichkeit, politisch aktiv zu sein.

Und der neue Begriff, der sich hier beginnt einzubürgern, ist „*Health Citizenship*“, wie man als Bürger diese Fragen aufnimmt.

Und als Letztes: Für uns in der Weltgesundheitsorganisation, wo ich derzeit an dieser Kommission mitarbeite, sind sehr bedeutsam: die *Sustainable Development Goals*, die nachhaltigen Entwicklungsziele. Es gibt das Ziel drei, wo alle Gesundheitsthemen drin sind – wir versuchen den Blick auf Ziel zwölf zu lenken. Da geht es um nachhaltige Produktion und nachhaltigen Konsum und das auch mit der Gesundheitsdiskussion, der Armutsdiskussion und der *Inequality*-Diskussion zu verbinden, die in den anderen Zielen angesprochen sind. Vielen herzlichen Dank.